

REV. 11/03

For agency use only:

Date Received _____ Date Registered _____

Case Number _____

١- بيانات طالب الاشتراك: (صاحب الطلب هو مادة الشخص الذي يقوم بالإجابة على أسئلة النموذج. في حالة التقدم بطلب عن الأطفال فقط، يكون الوالد/ الوالدة أولى الأمر هو صاحب الطلب)

اسم صاحب الطلب (يرجى شمل أي أسماء أخرى مستعملة) _____

Case Number _____

إذا أحبجنا إلى معلومات اضافية، ستحاول الاتصال بك عن طريق الهاتف. أي وقت ياسبك اكرو صباحاً أو مساءً (صع دارره حول واحد فمط)

* ينطوي رقم الضمان الاجتماعي في حالة طلب التأمين على ذلك الشخص، تزويد رقم التأمين الاجتماعي لكافة الأشخاص الذين تم ادراج اسمائهم سيساعدهم في خدمتكم بشكل أفضل.

٣- أعملتني عن دخلك؛ إذا كان أي أحد يستلم دخل من الأنواع التالية، يرجى تكميله الجدول أدناه. يرجى إرفاق إثباتات بالدخل (أي وثمة شيكات الدفع من قبل صاحب العمل) للأشهر الثلاثة الماضية.

• دفعات مساعدة الطفل	• تعويض العمال	• تخصيصات عسكرية	• دخل من التأجير	• تفقة
• ضمان التأمين الاجتماعي	• دخل شهري من العائلة	• منافع المحاربين القدماء	• تقاعد	• غير ذلك (الاستثمارات، فوائد، الخ)
• تعويضات بسبب البطالة عن العمل				
نوع الدخل	بيان الشخص الذي يعمل	بيان الشخص الذي يعمل	بيان الشخص الذي يعمل	بيان الشخص الذي يعمل
ويسلم الدخل				

٤. **نفقات رعاية الطفل:** يرجى تزويد اثبات بنفقات رعاية طفلك للأشهر الثلاث الماضية لكل طفل من أطفالك. نقبل بنسخ عن إيصالات رعاية الطفل أو بيان من مقدم الرعاية الصحية لطفلك.

طلب اشتراك





HEALTH CONNECT
Kansas

1-800-792-4884

تعليمات لمساعدة في ملء طلب الاشتراك:

نفي السؤال رقم ٢: إذا رغبت في الإشارة إلى العرق/السلالة الجنسية الذي تنتتم، الله، يرجو، استعمال أحد الرموز التالية:

من الهنود الأمريكيين أو سكان آلاسكا الأصليين
أسود أو أفريقي أمريكي
إسباني أو لاتيني
جزر الباسيفيك أو من سكان هواي الأصليين
آسيوي
أيضاً

السؤال رقم ٢: في حالة الحمل، يرجى إدراج «طفل غير مولود» تحت مربع الاسم الكامل كما يرجى إدراج أسماء أولياء أمر الطفل غير المولود.

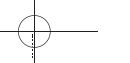
في السؤال رقم ٢: يجب ارفاق أرومة شيكات الدفع للأشهر الثلاثة الماضية أو بيان من قبل صاحب العمل بين الراتب الاجمالي للأشهر الثلاث الماضية.

في السؤال رقم ٤: يمكنك إثبات نفقات الرعاية بطفلك بايصالات دفع لثلاثة أشهر من مقدم خدمة الرعاية لطفلك أو بيان موقع من مقدم الرعاية.

في السؤال رقم ٤: يرجى تزويد المعلومات إن كنت أنت أو أحد أفراد عائلتك شمول في بوليصة تأمين على الصحة خلال الأشهر الستة الماضية. كما يرجى تزويد نسخة عن ومحظوظ بطاقة التأمين.

قد يكون الأطفال مؤهلون للتفطية إذا انخفض دخل العائلة للمستويات المعيشية لأنهم تتطلب تفطية الآباء تضليل الآباء، فلتذكرة أن تعلم إلها

أثبتت دراسة مصطفى عزيز أن إدخال معايير الدخل مساعدة في تحديد الأسباب المسببة لارتفاع معدلات الأمراض المزمنة، حيث ينبع ذلك من التغيرات التي تطرأ على الأسرة بسبب التغيرات الاقتصادية والاجتماعية.



REV.11/03

طلب اشتراك



هـام

أشياء يجب تذكرها

يرجى قراءة كافة الأسئلة بعناية والاجابة عليها على النموذج المرفق (إذا لم يتوفّر المجال الكافي يرجى استعمال صفحات ورق إضافية).

يرجى إرفاق نسخ عن كافة الوثائق المساندة مع الطلب (لا ترسل/ ترسل نسخ أصلية).

إذا كان عمرك ١٨ سنة عليك ملء طلب اشتراك مستقل.

تأكد من التوقيع وكتابة تاريخ اليوم على طلب الاشتراك. توقع السمع منا خلال ٦ - ٨ أسابيع.

استخدم الظرف المرفق المدد قيمة الطابع البريدية لارسال الطلب ونسخ الوثائق المساندة.

للحصول على طلب اشتراك بلغة أخرى، أو خدمات ترجمة مجانية، أو خدمات المساعدة العامة المجانية في طلب الاشتراك يرجى الاتصال بالرقم ١-٨٠٠-٧٩٢-٤٨٨٤ أو ١-٨٠٠-٤٢٩٢-٧٩٢.

سيتم مراجعة كافة الطلبات للتحقق من أهلية الحصول على Medicaid أو لا.

إذا كان عمرك ١٨ سنة أو أكبر واخترت HealthConnect سيترتب عليك دفع دفعة مشاركة لبعض الخدمات الطبية يتراوح من ١ إلى ٢ دولارات.

٥ - عمل حر: يرجى إدراج أسماء أي شخص يعمل لحسابه وإرفاق نسخة عن أحد ببيان ضريبي تم تقديمها لدائرة الضريبة الأمريكية (في حالة تقديمها) أو وثائق تبين الدخل والنفقات للأشهر الثلاث الماضية.

الاسم	اسم ونوع العمل	عدد ساعات العمل في الأسبوع	الدخل الشهري الإجمالي قبل اقتطاع النفقات	اجمالي النفقات الشهرية

٦ - فواتير المعالجة الطبية غير المدفوعة: من الجائز تقطيع نفقات الرعاية الصحية غير المدفوعة خلال الأشهر الثلاث الماضية. إذا كان لدى أي شخص يتم التقدم بطلب عنه نفقات طبية غير مدفوعة من الأشهر الثلاث الماضية وإذا كنت تود التتحقق من تأهيلك لهذا البرنامج يرجى وضع دائرة حول **نعم أو لا**. يجب إرفاق إثبات بدخلك خلال الأشهر الثلاث الماضية.

٧ - أموال ائتمان: هل يملك أي شخص يتم التقدم بطلب عنه أموال ائتمان؟ **نعم أو لا** (ضع دائرة حول واحد فقط). إذا كان الجواب نعم، سوف تتصل بك للحصول على المزيد من المعلومات.

٨ - تأمين صحي: أخبرنا عن أي شخص مدرج اسمه على الصفحة ١ - المشمول بالتقطيع الآن أو شمل في التقطيع خلال الأشهر الستة الماضية بموجب بوليصة تأمين صحي من أي نوع كانت.

يرجى إدراج اسم أو أسماء الأشخاص المشمولين بالتقطيع	١	٣	٥	٦

شركة التأمين يرجى تزويد نسخة عن وجه وظهر بطاقة التأمين الخاصة بهم
تارikh بدء البوليصة إذا كانت التقطيع قد انتهت لأي من الأشخاص المذكورين خلال الأشهر الستة الماضية يرجى شرح السبب

٩ - لغة التكلم الرئيسية؟ (اختياري) إنجليزي — إسباني — ألماني — هونج فوني — فرنسي — إيطالي — غير ذلك

١٠ - معلومات هامة وتفويض بالأخلاع عن المعلومات:

صحي تسويات مالية من قبل المحكمة، دفقات مساندة طبية، أموال ائتمان، رصاصة، الخ.) قد يكون ملزماً بحكم القانون بدفع أي جزء من النفقات الطبية أو جميعها بالنسبة للأشخاص الذين اتقدم بطلب منهم، أفهم أنه من الممكن عدم تسديد دفعة لخدمة معينة أثناء النظر في أمر عدم استخدام طرف ثالث لتسديد تلك الدفعة.

أفهم أن بعض أو جميع الأشخاص الذين أتقدم عنهم بطلب قد يحصلون على تعطيلية صحية على التعاون مع وحدة الأخلاع الطبية في متابعة موارد التأمين الثالثة.

مما تأثيره على نفقاته *Medicaid* إذا كانوا مؤهلين.

أفوض بتقديم الدفعتين بموجب هذا البرنامج مباشرة للأطباء وغيرهم من مقدمي الخدمات الطبية عن أي خدمة طبية أو صحية يتم تقديمها لهؤلاء الأشخاص الذين أتقدم بطلب عنهم خلال فترة تأهيلهم.

أفهم أنه هناك عقوبة تموز للطلب كما أفهم أنه هناك عقوبات لاخفاء المعلومات أو اعطاء المعلومات الخاطئة.

أشهد تحت عقوبة شهادة الزور بأن أجوبتي صحيحة وكاملة حسب اعتقادني.

في حالة تقديم بطلب للبالغين والأطفال وفي حالة تحرير أولية أي من الأشخاص البالغين للحصول على التعطيلية الصحية، أواقف أنا بمساعدة السلطة المسؤولة عن تطبيق أنظمة مساندة الأطفال (CSE) في الحصول على أمر التطبيق وتتنفيذه (إن لزم الأمر). في حالة أهلية أعضاء

أني أفهم بأنه من الضروري تزويد معلومات عن دخلي الحالي وعنواني وأفراد عائلتي.

أني أفهم بأنني أحمل مسؤولية استعمال والإبلاغ عن أي مورد من طرف ثالث (مثل تأمين

١١ - التوقيع: يجب توقيع هذا الطلب مع كتابة تاريخ اليوم لأجل اعتباره كطلب كامل.

يد توقيعي على طلب الاشتراك هذا بأنني قد قرأت وفهمت الشروط وأعلم، كما يفرض أصحاب العمل، مقدمي الرعاية الصحية، المنظمات المالية، وشركات التأمين ومقدمي المنافع وغيرهم من الأشخاص والوكالات الذين لديهم معلومات عن طرفي بالأخلاع عن هذه المعلومات، بما في ذلك المعلومات السرية اللازمة لتصدير تأهيلي، لبرامج *HealthWave* و *HealthConnect* أو غيرها من برامج المنافع.

بيانات المزورة على هذا الطلب متحمّلة بالحكومة المحلية (الولاية) والمدرالية. يكون هذا الأخلاع سارياً من تاريخ اليوم ويطبق نفس السريان على نسخة من هذا التفويض.

توقيع الطالب التاريخ

توقيع الزوج أو أي شخص بالغ آخر (إذا طبق) التاريخ